

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**“DETECCIÓN DE RIESGO PARA PRESENTAR DESÓRDENES
ALIMENTICIOS EN PACIENTES EMBARAZADAS”**

Por

DR. OMAR ALBERTO HERNANDEZ BARBOZA

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

ABRIL, 2017

**“DETECCIÓN DE RIESGO PARA PRESENTAR DESÓRDENES
ALIMENTICIOS EN PACIENTES EMBARAZADAS”**

Aprobación de la tesis:

Dr. Marcelo Jr. Luna Rivera
Director de tesis

Dr. Lezmes Dionisio Valdez Chapa
Jefe de Enseñanza

Dr. Sci. Geraldina Guerrero González
Coordinadora de Investigación

Dr. med. Donato Saldívar Rodríguez
Jefe de Servicio o Departamento

Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Dedico este logro principalmente a mis padres, quienes han sido mi mayor ejemplo y que con su apoyo incondicional culminamos esta etapa, a Alexia quien ha estado a mi lado en todo momento, buenos y malos, y a mi hijo Santiago, quien se ha convertido en mi motor para seguir adelante.

Agradezco enormemente a mi asesor, el Dr. Marcelo Luna, por su extrema paciencia, por su apoyo y sus palabras de aliento, a la Dra. Geraldina Guerrero, por ser paciente y guiarme en la elaboración de la tesis.

A los que fueron mis compañeros, amigos y hermanos durante este largo camino, Adir, Paulina, Astrid, Vilma, Norma, Angélica, sé que no pude estar con mejores compañeros de generación.

Agradezco a mis maestros, quienes me enseñaron destrezas, conocimientos y actitudes para desempeñarme como ginecoobstetra.

Gracias infinitas al Dr. Med. Óscar Vidal Gutiérrez y Dr. Ricardo Ibarra Patiño por todas y cada una de sus atenciones,

Y como no agradecer a Mi Hospital Universitario de la UANL, quien ha sido mi casa por tanto tiempo y a quien le tengo un amor increíble.

Simplemente, gracias.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|-------------------------------------|--------|
| Capítulo I | Página |
| 1. RESÚMEN | 8 |
| Capítulo II | |
| 2. INTRODUCCIÓN | 10 |
| Capítulo III | |
| 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 20 |
| Capítulo IV | |
| 4. JUSTIFICACIÓN | 21 |
| Capítulo V | |
| 5. OBJETIVOS..... | 22 |
| Capítulo VI | |
| 6. METODOLOGÍA | 24 |
| Capítulo VII | |
| 7. RESULTADOS | 31 |
| Capítulo VIII | |
| 8. DISCUSIÓN | 35 |
| Capítulo IX | |
| 9. CONCLUSIONES..... | 41 |

Capítulo X

| | |
|------------------|----|
| 10. ANEXOS | 42 |
|------------------|----|

Capítulo XI

| | |
|-----------------------|----|
| 11.BIBLIOGRAFÍA | 48 |
|-----------------------|----|

Capítulo XII

| | |
|----------------------------------|----|
| 12. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO | 51 |
|----------------------------------|----|

INDICE DE TABLAS

| Tabla | Página |
|--|---------------|
| 1. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación..... | 12 |
| 2. Alteraciones de los productos asociadas con los trastornos de la alimentación .. | 17 |
| 3. Herramienta de tamizaje SCOFF | 18 |
| 4. Descripción de las variables..... .. | 25 |
| 5. Condiciones del embarazo..... .. | 31 |
| 6. Características socio-demográficas..... .. | 32 |
| 7. Factores de riesgo para trastornos alimenticios..... | 33 |
| 8. Edad, peso y edad gestacional en pacientes con y sin riesgo..... | 34 |
| 9. Distribución del número de gesta en las pacientes con y sin riesgo..... | 34 |
| 10. Distribución de factores de riesgo para trastornos alimenticios en las pacientes con y sin riesgo según la herramienta SCOFF..... .. | 35 |

LISTA DE ABREVIATURAS

SCOFF: Sick, control, one, fat, food questionnaire

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

RESUMEN

Debido a la presencia creciente de desórdenes alimenticios en las mujeres en edad reproductiva y en la etapa del embarazo y sus importantes efectos negativos sobre los resultados obstétricos y neonatales de las mujeres embarazadas como la restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas, problemas en el desarrollo del Sistema Nervioso Central, aborto espontáneo, nacimientos prematuros, óbitos, bajo peso al nacer, bajos valores de índice de Apgar al nacimiento, labio y/o paladar hendido y microcefalia, se plantea la necesidad de incluir un tamizaje para desórdenes alimenticios como parte del control prenatal.

El objetivo principal fue estimar el porcentaje de pacientes embarazadas que acudieron a consulta de primera vez en el Hospital Universitario con riesgo de presentar desórdenes alimenticios. Se realizó un tamizaje para identificar pacientes con riesgo alto de padecer desórdenes alimenticios mediante la herramienta SCOFF en su versión en español.

Se encontró un porcentaje de 9.7% de pacientes (25) con riesgo de presentar desórdenes alimenticios (SCOFF - puntuación de 2 o mayor). La media de la edad gestacional al momento de la entrevista de las pacientes con riesgo fue de 31.7 semanas. Sólo el 56% (14) de las mujeres con riesgo de desórdenes alimenticios se encontraba satisfecha con su vida, mientras que el 79% (180) de las mujeres sin riesgo refirieron sentirse igualmente satisfechas ($p= 0.002$). Un 44% (11) de las pacientes con riesgo cursaron la preparatoria, mientras que sólo el 27.8% (65) de las pacientes sin riesgo alcanzaron este nivel de escolaridad.

La prevalencia de riesgo para desarrollo de trastornos de la alimentación es similar a lo reportado por otros investigadores. Existen condiciones como el estado civil, la escolaridad y la satisfacción con la vida que demostraron tener una relación significativa con la presencia del riesgo para desarrollar trastornos de la alimentación. La proporción de mujeres con riesgo puede considerarse significativa para justificar la anexión de su tamizaje a las evaluaciones rutinarias de control prenatal.

INTRODUCCIÓN

Los desórdenes alimenticios son patologías que afectan predominantemente a personas del sexo femenino, según las estimaciones internacionales de 1 de cada 100 mujeres en países desarrollados serán diagnosticadas con un desorden alimenticio a lo largo de su vida (Cardoso, 2012). Los trastornos de la alimentación se producen en su mayor parte en la adolescencia o en la juventud, y normalmente no se auto limitan pudiendo tomar cursos crónicos con comorbilidades psiquiátricas y médicas y notables secuelas (Cardoso, 2012).

Los desórdenes alimenticios incluyen conductas que se alejan a los extremos de los comportamientos alimenticios considerados como normales, tales como restricción de la ingesta de alimentos, alimentación irregular y purga, y frecuentemente se asocian con disturbios en la forma como se perciben la forma corporal y el peso (Watson, 2014). Según el Manual de DSM-V, los tres principales tipos de desórdenes alimenticios son la anorexia nervosa, bulimia nervosa, y el desorden alimenticio no especificado.

Los desórdenes alimenticios son patologías que afectan predominantemente a personas del sexo femenino, según las estimaciones internacionales de 1 de cada 100 mujeres en países desarrollados serán diagnosticadas con un desorden alimenticio a lo largo de su vida (Cardoso, 2012). Los desórdenes alimenticios se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más comunes en las mujeres jóvenes, incluidas aquellas en edad reproductiva. La detección oportuna y el tratamiento mejoran los pronósticos, sin embargo, la presentación de estos trastornos es normalmente difícil de descifrar (Morgan, 2000, Hoek, Hoeken, 2003). Estos trastornos tienen un impacto negativo significativo en los aspectos cognitivo, físico, psicológico y social de la salud de las personas que los padecen (National Eating Disorders Collaboration NEDC, 2010). Estos desórdenes alimenticios son un serio problema que

debe ser confirmado por especialistas en psiquiatría para establecer su manejo terapéutico.

Los comportamientos anormales de la alimentación incluyen una restricción excesiva en la dieta, caracterizada por saltar comidas y eliminar por completo grupos completos de ciertos alimentos, episodios de ingesta compulsiva de alimentos caracterizados por sensación de pérdida de control en la ingesta, y comportamientos dirigidos a eliminar la comida o modelar la forma y el peso corporal, como vómito inducido, ejercicio excesivo, uso inadecuado de laxantes, uso de medicamentos para adelgazar, diuréticos o abuso de sustancias ilegales. Las perturbaciones psicológicas incluyen un miedo intenso a tener sobrepeso, imagen corporal distorsionada y un énfasis exagerado en la relación con el peso y la forma corporales y la autoestima y valor propios (NEDC, 2010).

Los trastornos de la alimentación desafían la clasificación como enfermedades mentales exclusivamente ya que no sólo implican deterioro psicológico considerable y la angustia, sino que también están asociados con mayor amplitud y gravedad de complicaciones médicas, que pueden afectar a todos los órganos importantes en el cuerpo.

Factores de riesgo relacionados con la incidencia de trastornos alimenticios

Muchos factores de riesgo para presentar trastornos de la alimentación han sido propuestos y estudiados empíricamente. El factor de riesgo más importante y convincente para el desarrollo de trastornos de la alimentación es la realización de “dietas.” La investigación realizada en Australia ha demostrado que las adolescentes que hacen dieta a un nivel severo son 18 veces más propensas de desarrollar un trastorno de la alimentación en un plazo de seis meses. En la tabla 1 se describen

algunos otros factores de riesgo relacionados con los trastornos alimenticios de acuerdo a su diferente clasificación.

Tabla 1. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación.

Experiencias de vida traumáticas

Abuso sexual infantil
Negligencia parental
Trastorno de estrés post-traumático

Cognición y temperamento

Baja autoestima
Insatisfacción con la imagen corporal
Estado de ánimo negativo
Sobreevaluación de la importancia del peso y la forma corporal
Insatisfacción con la vida
Dificultad para regular estados emocionales
Rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva
Personalidad perfeccionista
Ansiedad social
Internalización del ideal sociocultural delgado
Vulnerabilidad a la exposición de los medios de comunicación sobre imagen corporal y esbeltez, modelos a seguir idealizados.

Experiencias familiares y de la infancia

Víctima de abuso físico o psicológico (Bullying)
Problemas con el desempeño escolar y falta de amigos
Comportamientos alimenticios paternos y peso
Expectativas parentales muy altas

Biológicos y del desarrollo

Sexo femenino
Adolescencia
Sobrepeso/ alto índice de masa corporal
Estatura baja
Menarquía temprana

Culturales y sociales

País industrializado
Participación en deportes con componente estético (p. ej. ballet, gimnasia, nado sincronizado, patinaje artístico)
Exposición pública del cuerpo (p. ej. atletas de alto rendimiento, modelos)
Comentarios críticos o burlas de las personas sobre el peso, la forma y la alimentación

Psicopatología concomitante o familiar

Historia familiar de trastornos de la alimentación
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad
Abuso de sustancias

Indicadores pre-mórbidos

Sometimiento a dietas y control extremista del peso

Preocupación excesiva con la comida, la alimentación y la forma corporal

Comer en secreto

Deseo de un estómago completamente vacío

Miedo a perder el control sobre la ingesta de comida

Ejercicio compulsivo

Fuente: Modificado de National Eating Disorder Collaboration. (2010). TEST Eating Disorders Prevention, Treatment and Management: An Evidence Review.

La imagen corporal implica los pensamientos, percepciones y los sentimientos que los individuos experimentan hacia sus cuerpos. El componente cognitivo se mide en términos de satisfacción o insatisfacción con la propia forma del cuerpo o el peso, y es el método generalmente utilizado para evaluar el grado de perturbación en la imagen del cuerpo. En la sociedad occidental, la insatisfacción con la imagen corporal se ha convertido en una norma cultural según la National Eating Disorders Collaboration en Australia (2010).

Las personas con una mala imagen corporal son más propensas a involucrarse en hábitos alimentarios peligrosos y métodos de control peso, el ejercicio excesivo, abuso de sustancias, y las intervenciones quirúrgicas innecesarias para alterar la apariencia. Además de reducir la calidad de vida y comprometer la salud física y mental de una persona, la insatisfacción con la imagen corporal es una ruta bien establecida para el desarrollo de desórdenes alimenticios y está reconocido como uno de los factores de riesgo más robustos. La insatisfacción con la imagen corporal es uno de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa (NEDC, 2010).

El embarazo y los trastornos alimenticios

El embarazo implica cambios profundos a nivel biológico, psicológico y social, que influyen las percepciones corporales de los patrones alimenticios (Knoph, 2011). La prevalencia de desórdenes alimenticios en mujeres embarazadas se estima que alcance el 10% de los embarazos según revisiones internacionales (Government of South Australia, 2010).

La evidencia actual sugiere que los trastornos alimentarios tienen importantes efectos negativos sobre los resultados obstétricos y neonatales de las mujeres embarazadas (Government of South Australia, 2010, Cardoso, 2012). Existen múltiples estudios en el mundo que asocian los desórdenes alimenticios en mujeres embarazadas con algunas complicaciones como parto prematuro, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas, problemas en el desarrollo del Sistema Nervioso Central, aborto espontáneo, nacimientos prematuros, óbitos, bajos valores de índice de Apgar al nacimiento, labio y/o paladar hendido y microcefalia (Tabla 2) o con otro tipo de problemas sociales como el embarazo no deseado (Government of South Australia, 2010; Cardoso, 2012; Morgan, Lacey, Sedgwick, 1999, Black, 2013; Cardoso, 2012; Abu-Saad, 2010). Además, los productos con bajo peso al nacer o prematuros tienen mayor riesgo de presentar hipoglucemias, hipotermia, infecciones, efectos neurológicos y muerte (Kouba, 2005).

La presencia creciente de estas patologías en las mujeres en edad reproductiva y en la etapa del embarazo, revela la necesidad de incluir un tamizaje para desórdenes alimenticios como parte de las prácticas del control prenatal de rutina, para ayudar a detectar de manera oportuna a pacientes con riesgo de desarrollar o tener un trastorno de la alimentación y limitar las consecuencias negativas de estas

patologías en ellas y sus productos (Government of South Australia, 2010; Easter, 2013).

Al quedar embarazadas, las mujeres experimentan cambios sobre su imagen corporal sobre los que no tienen control, esto genera una imprevisibilidad de la gama de reacciones que puede generar en cada mujer de manera distinta (Larsson y Andersson-Ellstrom, 2003). El miedo a la pérdida de control es un sentimiento muy común en las pacientes con trastornos de la alimentación durante el embarazo, estos sentimientos pueden conjuntarse con sentimientos de no estar apta para la maternidad o de perder la atención de los cónyuges y generar factores de riesgo para cronicidad de los trastornos de la alimentación. Sin embargo, el embarazo también puede generar el efecto contrario en algunas mujeres, causando mejoría o incluso remisión de los síntomas del trastorno alimenticio previamente establecido, probablemente secundario a un nivel aumentado de autoestima y a la preocupación de no ocasionar daños al bebé (Cardoso, 2012).

Si se toma en cuenta entonces que por sí mismo, el periodo de gravidez representa una etapa de muchos cambios en la vida de una mujer, el antecedente reciente o antiguo de un trastorno de la alimentación o la conjugación de factores de riesgo para ellos, genera un nivel aún mayor de estrés que puede desencadenar la manifestación de estos trastornos en esta etapa tan delicada (Cardoso, 2012). Desde las etapas tempranas, los trastornos de la alimentación pueden complicar un embarazo, contrario a la creencia de que las mujeres con trastornos de la alimentación quedan raramente embarazadas por las irregularidades menstruales ocasionadas, está demostrado que mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa pueden incluso tener tasas elevadas de embarazos no deseados (Morgan, Lacey, Sedgwick, 1999). Las complicaciones al inicio pueden derivar del hecho que normalmente estos embarazos son detectados de manera tardía, por lo que no reciben el adecuado control prenatal durante las primeras semanas (Cardoso, 2012).

Patrones de alimentación durante el embarazo

Durante el embarazo, el estado anabólico es constante y promueve ajustes continuos en relación con diversos nutrientes. Las necesidades nutricionales se incrementan con el fin de garantizar la salud materna y fetal. Se ha observado que el desequilibrio en la ingesta de alimentos, tanto en relación con la ingesta en exceso y el déficit durante este período fisiológico puede implicar el crecimiento y desarrollo deteriorado del producto de la concepción. Por lo tanto, es importante aclarar la importancia del consumo de energía y nutrientes para el desarrollo adecuado del embarazo (Maihara, 2013).

Una nutrición adecuada es muy importante en el embarazo, donde la demanda de nutrientes y energía tienden a aumentar debido al estado de cambios orgánicos importantes. Según Lucyk (2008), los desequilibrios de la alimentación de las mujeres embarazadas pueden comprometer el desarrollo y el crecimiento del feto, dado que el consumo inadecuado de macronutrientes y micronutrientes se asocia con complicaciones durante el embarazo y un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos (Black, 2013; Abu-Saad, 2010). Deficiencias de algunos micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden producir malos resultados de salud para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño (Black, 2013; Christian, 2010).

El bajo peso de las mujeres al inicio o la dificultad para ganar peso durante el embarazo pueden generar anemia e incluso representar el inicio de patologías cardíacas crónicas.

Tabla 2.

Alteraciones de los productos asociadas con los trastornos de la alimentación

Anemia
Restricción del crecimiento intrauterino
Malformaciones congénitas
Problemas del desarrollo del SNC
Aborto espontáneo
Óbitos
Nacimientos prematuros
Bajo peso al nacer
Bajos valores de índice de Apgar al nacimiento
Labio / paladar hendido
Microcefalia

Fuente: Cardoso, J., & Pires, A. P. (2012). Perturbações do Comportamento Alimentar na Gravidez: Uma Revisão

El período post-parto presenta igualmente sus propias características de riesgo, muchas mujeres presentan recaídas en los trastornos alimenticios durante este período. Dado que, durante el periodo de embarazo, muchas mujeres pueden comer alimentos por preocupación con la salud del bebé o lo que comúnmente se conoce como "comer por dos", el nacimiento del bebé enfrenta a estas mujeres con anulación de esa restricción, además las coloca como madres de un niño que, con mayor frecuencia no fue planeado, lo cual se conjuga para dar un alto riesgo de depresión posparto (Dunker et al., 2009)

Tamizaje

Una herramienta de tamizaje de cinco preguntas conocida como el cuestionario "SCOFF" (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire) –Cuestionario para cribado para anorexia y bulimia (Tabla 3) ha sido validada para su uso en la atención de pacientes de primer nivel. Se necesitan dos minutos para administrarla y no requiere ningún entrenamiento formal previo para su aplicación. Si un individuo responde "sí" a dos o más preguntas puede sospecharse un trastorno de la alimentación con un 85%

de sensibilidad y un 90% de especificidad (NEDC, 2010; Morgan, 2000; Sánchez-Armas, 2012).

Tabla 3.
Herramienta de tamizaje SCOFF

SCOFF 1. ¿Usted se provoca el vómito porque se siente lleno(a)?

SCOFF 2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?

SCOFF 3. ¿Cree que está gordo(a) aunque los demás digan que está demasiado delgado(a)?

SCOFF 4. ¿Ha perdido recientemente más de 7kg en un periodo de 3 meses?

SCOFF 5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?

Fuente: Sánchez-Armas, O., Drumond-Andrade, F. C., Wiley, A. R., Raffaelli, M., & Aradillas-García, C. (2012). Evaluation of the psychometric performance of the SCOFF questionnaire in a Mexican young adult sample.

Sánchez-Armas (2012) utilizó la herramienta SCOFF en una población de jóvenes de ambos sexos estudiantes de una universidad mexicana. En ellos encontró una prevalencia de riesgo para desórdenes alimenticios de 24.2% en mujeres de 16 a 21 años.

Veses (2014) presentó los resultados de dos estudios (AVENA y AFINOS) hechos en población española de entre 13 y 18.5 años de edad, donde se evaluaron los comportamientos nutricionales y de actividad física de los jóvenes españoles. Ambos estudios utilizaron la herramienta SCOFF en español para evaluar el riesgo de desarrollar desórdenes alimenticios en esta población (n = 2859 y n = 2116). En esos estudios encontraron prevalencias en el grupo femenino de riesgo de desórdenes alimenticios de 21.9% y 30.9% respectivamente.

Estudios como el de Easter (2013) han demostrado que además de los trastornos ya establecidos, las mujeres consideradas en riesgo de desarrollarlos por presentar preocupaciones de sobre su imagen corporal y su peso, es alto con valores hasta de 23.4% de mujeres embarazadas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No se tiene un consenso internacional sobre la necesidad de realizar tamizajes para trastornos alimenticios en las pacientes embarazadas como parte de su control pre-natal. Por tanto, estudiar la experiencia de los trastornos alimentarios durante la gestación cobra mayor relevancia (Government of South Australia, 2010). Debido a las características propias de las patologías las mujeres tienden a ocultar los síntomas o comportamientos por temor al señalamiento o las consecuencias sociales que ello puede tener. Esta combinación de factores puede estar generando que una cantidad considerable de mujeres subdiagnosticadas que padecen trastornos alimenticios y experimentando complicaciones en sus embarazos y en su vida posterior.

JUSTIFICACIÓN

Las capacidades e instrumentos para diagnosticar desórdenes alimenticios en pacientes embarazadas varían y pueden ser inadecuadas en ocasiones, además de que no siempre se encuentran accesibles para los médicos de primer contacto.

Las guías de práctica clínica sobre control prenatal en México no contemplan el tamizaje para desórdenes alimenticios dentro de las recomendaciones en las mujeres embarazadas durante ninguna etapa del embarazo. Las recomendaciones internacionales determinan que las mujeres embarazadas deberían tener un tamizaje inicial para detectar el riesgo de presentar un desorden alimenticio y en esos casos someter a las pacientes a evaluaciones especializadas para confirmar o descartar los diagnósticos. Este tamizaje no es una práctica común dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, por lo que el sub diagnóstico de estas patologías puede ser elevado y estar condicionando la presencia de complicaciones potencialmente prevenibles en nuestras pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo General

Estimar el porcentaje de pacientes embarazadas que acuden a consulta de primera vez en el Hospital Universitario con riesgo de presentar desórdenes alimenticios.

Objetivos específicos

1. Conocer el requerimiento calórico ideal de las pacientes en riesgo de trastorno de la alimentación.
2. Conocer el porcentaje de adecuación calórica real contra el requerimiento calórico ideal de las pacientes en riesgo de trastorno de la alimentación.
3. Identificar las principales características demográficas de las pacientes estudiadas relacionadas con la presencia de riesgo para desórdenes alimenticios.
4. Conocer otras co-morbilidades o factores asociados con la presencia de riesgo para desórdenes alimenticios en las pacientes embarazadas.

HIPÓTESIS

El porcentaje de pacientes embarazadas con riesgo de presentar desórdenes alimenticios en nuestro hospital es igual o mayor al reportado por la literatura internacional.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y observacional cuya sede fue el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, ubicado en el municipio de Monterrey en el Estado de Nuevo León. Se incluyeron pacientes que acudían a consulta de primera vez con diagnóstico confirmado de embarazo. Los criterios de exclusión se establecieron para pacientes con diagnóstico sospechado o confirmado de trastornos de la alimentación previamente identificados, o cualquier otro trastorno psiquiátrico.

Estrategia Metodológica

Las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo de recolección de datos, recibieron su consulta convencional de control prenatal incluyendo historia clínica, exploración física y cualquier otra valoración necesaria. Una vez finalizada su consulta se realizó un tamizaje para identificar pacientes con riesgo de padecer desórdenes alimenticios mediante la herramienta SCOFF en su versión en español. SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire) es una herramienta de tamizaje de cinco preguntas dicotómicas de respuesta SI o NO utilizada para cribado para anorexia y bulimia. Ha sido validada para su uso en la atención de pacientes de primer nivel. Se necesitan dos minutos para administrarla y no requiere ningún entrenamiento formal previo para su aplicación. Si un individuo responde "sí" a dos o más preguntas puede sospecharse un trastorno de la alimentación con un 85% de sensibilidad y un 90% de especificidad (NEDC, 2010; Morgan, 2000; Sánchez-Armas, 2012).

Las pacientes consideradas como sin riesgo de acuerdo a la herramienta SCOFF continuaron su control prenatal normal. Aquellas pacientes que fueron detectadas con riesgo para el desarrollo de desórdenes alimenticios fueron referidas al consultorio de

nutrición para una valoración exhaustiva de sus hábitos alimenticios. Toda la información generada se almacenó en una base de datos que posteriormente fue utilizada para el análisis estadístico del estudio.

Se utilizó una técnica de muestreo aleatorio sistematizado durante el período de recolección de datos.

Para el cálculo de muestra, se utilizó la fórmula para la estimación de una proporción en una población finita (5200 pacientes que acudieron a la consulta durante el año 2015). Derivado del cálculo se obtuvo una muestra de 259 pacientes con un nivel de significancia de $z = 1.96$ (95%).

Se utilizó la prueba de hipótesis para una proporción con el fin de comprobar si el valor encontrado en el estudio era consistente con lo reportado por la literatura internacional, la proporción o prevalencia utilizada para la variable dependiente (riesgo de presentar desórdenes alimenticios en mujeres embarazadas fue de 23.4%). Se utilizó una precisión absoluta de $d = 0.05$. y como complemento a ese análisis, se identificaron otras variables que influyeron significativamente en la variable dependiente y podrán ser utilizadas como referencia para futuras investigaciones. La prueba de hipótesis se realizó con un nivel de significancia de 0.05

Las variables utilizadas en el estudio fueron las siguientes:

Tabla 4 Descripción de las variables

| Nombre | Definición Conceptual | Definición Operacional | Escala de valoración | Clasificación | Fuente de información |
|--|---|--|--|------------------------------|-------------------------------|
| Riesgo de presentar desórdenes alimenticios <u>(variable dependiente)</u> | Se definirá como aquella condición que le confiere a las pacientes una probabilidad más alta de tener o desarrollar algún trastorno de la alimentación que la | Se utilizará la herramienta SCOOF (<i>ver anexos</i>) para tamizaje de desórdenes alimenticios, la cual consta de 5 preguntas realizadas por el médico ginecólogo a las pacientes durante las consultas de control prenatal. | Presente (Con riesgo para desorden alimenticio). | Categorica Dicotómica | Entrevista con las pacientes. |

| | | | | | |
|----------------------|---|--|--|---------------------------------|--|
| | población general. | 2 o más preguntas respondidas como "Sí" = pacientes con riesgo de desorden alimenticio. 1 o menos preguntas respondidas como "Sí" = pacientes sin riesgo de desorden alimenticio. | Ausente (Sin riesgo para desorden alimenticio). | | |
| Embarazo | Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el útero materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. | Prueba Inmunológica de Embarazo positiva. | Embarazo positivo Embarazo negativo | Categorica Dicotómica | Expediente clínico. |
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha actual de cada persona. | Tiempo en años transcurrido desde la fecha de nacimiento corroborada con el expediente clínico hasta la fecha de consulta. | Años | Numérica Ordinal | Expediente clínico |
| Nivel socioeconómico | El nivel socioeconómico es una segmentación del consumidor y las audiencias que define la capacidad económica y social de un hogar. | Clasificación de la AMAI 2008. (ver anexos) | A/B -Clase Alta C+ -Clase Media Alta C -Clase Media D+ -Clase Media Baja D -Clase Baja E -Pobreza extrema | Categorica Multicotómica | Expediente clínico / Reporte de trabajo social |
| Edad Gestacional | Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última | Tiempo en semanas y días completos transcurrido desde el primer día de la última concepción hasta la fecha de la consulta. | Semanas/días | Numérica Discreta | Expediente clínico |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--------------------------|------------------------|
| | menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional de estudio. | | | | |
| Peso | Fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo, por acción de la gravedad | Valor en kilogramos medido en báscula. | Kilogramos | Numérica Continua | Expediente clínico |
| Requerimiento calórico ideal | Se refiere a la cantidad de energía suficiente para satisfacer las exigencias calóricas del organismo y mantener el equilibrio de su balance. | Valor en calorías ideal para consumir en día para una mujer embarazada. Fórmula: (metabolismo basal – horas de sueño) + actividad física + termogénesis | Suficiente Insuficiente Hipercalórico | Categórica Multicotómica | Valoración nutricional |
| Porcentaje de adecuación actual calórica vs requerimiento calórico ideal | Proporción del requerimiento calórico ideal consumido en realidad por una persona. | Proporción del requerimiento calórico ideal consumido en realidad por una persona. Fórmula: $\text{Calorías consumidas} / \text{calorías de consumo ideales} \times 100$ | Porcentaje | Numérica Continua | Valoración nutricional |
| Escolaridad | Categoría de estudios de más alto rango completada. | Tiempo dedicado a estudios formales en instituciones oficiales. | Años estudiados | Numérica Discreta | Expediente Clínico |
| Paridad | Número de gestaciones mantenidas por una mujer independientemente de su desenlace. | Número de gestaciones previas a la actual con su respectivo desenlace. | Gestas Cesáreas Partos Abortos | Categórica | Expediente Clínico |
| Estado civil | Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de | Condición de vida relacionada con la existencia de una relación de pareja formal o informal. | Casada Soltera Divorciada Viuda | Categórica Multicotómica | Expediente clínico |

| | | | | | |
|--|---|--|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| | familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. | | Unión libre | | |
| Tipo de embarazo | Condición de cantidad de productos por gestación. | Número de productos en la gestación. | Único Múltiple | Categórica Dicotómica | Expediente clínico |
| Ocupación | Acción o función que se despliega en un ámbito, empresa, organización, por la cual se recibe un sustento y que suele requerir de conocimiento especializados adquiridos siempre a través de educación formal. | Actividad a la cual la paciente dedica la mayor parte de su tiempo y por lo cual reciba una remuneración. | Ninguna Empleado Etc. | Categórica Multicotómica | Expediente clínico |
| Historia familiar de trastornos de la alimentación | Antecedente familiar de presencia de trastornos de la alimentación. | Familiar de primera o segunda línea con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa. | Presente Ausente | Categórica Dicotómica | Entrevista paciente/familiar |
| Abuso sexual infantil | Cualquier clase de contacto e interacción sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente, en la que el adulto (que por definición posee una posición de poder o autoridad) usa a éste para su | COMPORTAMIENTOS SEXUALES SIN CONTACTO FÍSICO • Comentarios sexualizados hacia el niño o la niña (lo más frecuente es que se realicen en su presencia; sin embargo, el agresor/a puede realizar comentarios obscenos por teléfono, notas o cartas) • Exhibición de genitales frente al niño o la niña llegando, a veces, incluso a masturbarse delante de | Presente Ausente | Categórica Dicotómica | Entrevista paciente |

| | | | | | |
|--------------|--|--|-----|------------|------------|
| | propia estimulación sexual, la del menor o la de otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el menor-víctima, o cuando está en una posición de poder o control sobre el menor. | <p>él o ella. • Voyeurismo (espiar la intimidad del niño, niña o adolescente) • Exhibición de materiales pornográficos al niño, niña o adolescente (libros, revistas o películas, videos, DVDs) • Inducción a que el niño, niña o adolescente se desnude o se masturbe delante del agresor/a. COMPORTAMIENTOS CON CONTACTO SEXUAL (por encima o por debajo de la ropa) • Tocamientos en las partes íntimas (genitales, glúteos, pechos) • Inducción a que el niño, niña o adolescente realice tocamientos al agresor/a • Frotamiento de los genitales del agresor/a contra el cuerpo o la vestimenta del niño, niña o adolescente.</p> <p>PENETRACIÓN DIGITAL O CON OBJETOS • Agresor/a introduce su dedo en vagina y/o en ano • Agresor/a induce al niño, niña o adolescente a introducir su(s) propio(s) dedo(s) en vagina y/o en ano • Agresor/a introduce algún elemento en vagina y/o en ano • Agresor/a induce al niño, niña o adolescente a introducir algún elemento en vagina y/o en ano</p> <p>SEXO ORAL (niño/a practica sexo oral a agresor/a/a o agresor/a lo realiza con el niño/a o las dos modalidades) • Besos de lengua • Succionar, besar, lamer o morder pechos • Cunnilingus (lamer, besar, chupar o morder la vagina o colocar la lengua en el orificio vaginal) • Felaciones (lamer, besar, chupar o morder el pene) • Anilingus (lamer, besar el orificio anal) PENETRACIÓN PENEANA • Coito vaginal • Coito anal</p> | | | |
| Satisfacción | La manera en que | De acuerdo a la entrevista con la | Muy | Categórica | Entrevista |

| | | | | | |
|-------------|--|--|--|---------------|----------|
| con la vida | las personas evalúan, más que sus sentimientos actuales, su vida en su conjunto. | herramienta MICS 5 de la Organización Mundial de la Salud. Cuestionario para la mujer- Módulo de Satisfacción con la Vida. | satisfecha Algo satisfecha Ni satisfecha ni insatisfecha Un poco insatisfecha Muy Insatisfecha | Multicotómica | paciente |
|-------------|--|--|--|---------------|----------|

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 259 pacientes en el estudio. La media de edad fue de 24.34 años \pm 6.46. El 87.3% (226) fueron mayores de 18 años. La media del peso de las pacientes fue de 67.86 kg \pm 12.68. La mayoría presentaba embarazo único con un 99.6% (258) y la media de la edad gestacional que presentaron las pacientes al momento de la entrevista fue de 34.3 semanas \pm 6.5. Cuestionando el número de gesta, se obtuvo que 36.3% (94) estaban en su primera gesta, el 27% (70) en la segunda, el 19.7% (51) en su tercera gesta, el 9.3% (24) estaba en la cuarta gesta, mientras que en la quinta, sexta y séptima se encontraban el 4.2% (11), 3.1% (8) y 0.4% (1), respectivamente. Debido a factores fuera del alcance del investigador, las pacientes referidas a la consulta de nutrición no acudieron a la misma, por lo que no se pudo realizar una valoración nutricional exhaustiva y determinar los requerimientos calóricos esperados y alcanzados como se planteó en los objetivos específicos de la investigación.

Tabla 5. Condiciones del embarazo

| | Frecuencia | % |
|-------------------------|------------|-------|
| <i>Tipo de embarazo</i> | | |
| Único | 258 | 99.61 |
| Múltiple | 1 | 0.39 |
| <i>Número de gesta</i> | | |
| 1 | 94 | 36.29 |
| 2 | 70 | 27.03 |
| 3 | 51 | 19.69 |
| 4 | 24 | 9.27 |
| 5 | 11 | 4.25 |
| 6 | 8 | 3.09 |
| 7 | 1 | 0.39 |

En cuanto a la distribución del nivel socioeconómico de las pacientes se encontró que el 0.39% (1) obtuvo clasificación A/B (clase alta), el 6.18% (16) clasificación C+ (clase

media alta), 11.97% (31) se clasificaron como nivel C (clase media), el 75.68% (196) se clasificaron como nivel D+ (clase media baja), sólo el 5.41% (14) obtuvo la clasificación D (clase baja) y el 0.39% (1) la clasificación E (pobreza extrema).

El 1.54% (4) de las pacientes refirieron una escolaridad de nivel licenciatura, el 29.34% (76) nivel de preparatoria, con nivel de secundaria se encontraron un 64.48% (167), 4.25% (11) con nivel primaria y sólo el 0.39% (1) refirió no tener ninguna escolaridad.

Referente al estado civil de manera general, se calculó que el 65.3% (169) estaban en unión libre, el 24.2% (63) fueron casadas, 9.7% (25) solteras, mientras que el 0.8% (2) fueron divorciadas. En cuanto a la ocupación de los pacientes el 99.6% (258) era ama de casa, y solo 0.4% (1) era empleada.

Tabla. 6 Características socio-demográficas.
Frecuencia %

| | | |
|-----------------------------|-----|-------|
| <i>Escolaridad</i> | | |
| <i>Ninguna</i> | 1 | 0.39 |
| <i>Primaria</i> | 11 | 4.25 |
| <i>Secundaria</i> | 167 | 64.48 |
| <i>Preparatoria</i> | 76 | 29.34 |
| <i>Licenciatura</i> | 4 | 1.54 |
| <i>Estado Civil</i> | | |
| <i>Soltera</i> | 25 | 9.65 |
| <i>Casada</i> | 63 | 24.32 |
| <i>Unión libre</i> | 169 | 65.25 |
| <i>Divorciada</i> | 2 | 0.77 |
| <i>Ocupación</i> | | |
| <i>Ama de casa</i> | 258 | 99.61 |
| <i>Empleada</i> | 1 | 0.39 |
| <i>Nivel socioeconómico</i> | | |
| <i>A/B</i> | 1 | 0.39 |
| <i>C+</i> | 16 | 6.18 |
| <i>C</i> | 31 | 11.97 |
| <i>D+</i> | 196 | 75.68 |
| <i>D</i> | 14 | 5.41 |
| <i>E</i> | 1 | 0.39 |

A/B .- Clase Alta
C+ .- Clase Media Alta
C .- Clase Media
D+ .- Clase Media Baja
D .- Clase Baja
E .- Pobreza extrema

Tocante a los factores de riesgo para padecer desórdenes alimenticios, ninguna de las pacientes refirió historia familiar de trastornos alimenticios o abuso sexual en la infancia. Al evaluar la satisfacción con la vida los resultados mostraron al 74.95% (194) de las pacientes muy satisfechas con su vida, el 23.55% (61), satisfechas, el 0.39% (1) poco satisfecha y el 1.16% (3) no satisfechas con su vida.

Tabla. 7 Factores de riesgo para trastornos alimenticios.

| | <i>Frecuencia</i> | <i>%</i> |
|---|-------------------|----------|
| <i>Historia familiar de trastorno alimenticio</i> | | |
| <i>No</i> | 259 | 100 |
| <i>Si</i> | 0 | 0 |
| <i>Abuso sexual infantil</i> | | |
| <i>No</i> | 259 | 100 |
| <i>Si</i> | 0 | 0 |
| <i>Satisfacción con la vida</i> | | |
| <i>No satisfecha</i> | 3 | 1.16 |
| <i>Poco Satisfecha</i> | 1 | 0.39 |
| <i>Satisfecha</i> | 61 | 23.55 |
| <i>Muy Satisfecha</i> | 194 | 74.90 |

Pacientes con riesgo de trastorno alimenticio

De las 259 pacientes evaluadas con la herramienta SCOFF, 68.7% (178) obtuvieron una valoración de 0, el 21.6% (56) una puntuación de 1, 8.1% (21) una puntuación de 2, 1.2% (3) una puntuación de 3 y 0.4% (1) una puntuación de 4. El punto de corte para considerar a una paciente en riesgo de acuerdo a la herramienta es igual o superior a 2 puntos, por lo que sumando los resultados se encontró que 9.7% (25) de las pacientes se encontraban en riesgo de presentar desórdenes alimenticios (puntuación de 2 o mayor).

La media de edad de las pacientes con riesgo fue de 26.3 ± 6.7 años, con un peso promedio registrado de 71.51 ± 16.5 kilogramos. La edad gestacional media que presentaron las pacientes con riesgo al momento de la entrevista fue de 31.7 ± 6.9 semanas de gestación. En la tabla 7 se puede observar una comparación de estas variables respecto a las pacientes sin riesgo.

Tabla. 8 Edad, peso y edad gestacional en las pacientes con riesgo y sin riesgo.

| | <i>Pacientes con riesgo</i> | | <i>Pacientes sin riesgo</i> | | <i>valor p</i> |
|-------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|----------------|
| | <i>Media</i> | <i>DE</i> | <i>Media</i> | <i>DE</i> | |
| <i>Edad</i> | 26.28 | 6.68 | 24.13 | 6.41 | 0.168 |
| <i>Peso</i> | 71.52 | 16.53 | 67.47 | 12.18 | 0.305 |
| <i>Edad gestacional</i> | 31.77 | 6.91 | 34.55 | 6.47 | 0.073 |

DE= Desviación Estándar.

El número de gesta en las pacientes con riesgo de trastorno alimenticio se distribuyó de la siguiente forma, el 32% (8) estaba en su primera gesta, 16% (4) en su segunda y 36% (9) en su tercera, además del 8% (2) en su quinta y 8% (2) en su sexta gestación.

La principal diferencia entre las pacientes sin riesgo se encontró en el porcentaje de pacientes en su primera gesta que fue de 37%, sin embargo, esto no resultó significativo ($p=0.092$). El resto de los resultados se observan en la tabla 9.

Tabla. 9 Distribución del número de gesta en las pacientes con riesgo y sin riesgo

| <i>Gesta</i> | <i>Pacientes con riesgo</i> | | <i>Pacientes sin riesgo</i> | |
|--------------|-----------------------------|----------|-----------------------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
| 1 | 8 | 32% | 86 | 37% |
| 2 | 4 | 16% | 66 | 28% |
| 3 | 9 | 36% | 42 | 18% |
| 4 | 0 | 0% | 24 | 10% |
| 5 | 2 | 8% | 9 | 4% |
| 6 | 2 | 8% | 6 | 3% |
| 7 | 0 | 0% | 1 | 0% |

Al evaluar la escolaridad comparada contra el riesgo por el cuestionario SCOFF se encontró que el mayor contraste entre las pacientes en riesgo y las que no, se observó en las pacientes que reportaban una escolaridad de preparatoria, obteniendo un 44% (11) en las pacientes con riesgo y un 27.8% (65) en las pacientes sin riesgo ($p=0.001$). Referente al riesgo de trastornos de la alimentación contra el estado civil se calculó que el 40% (10) de las pacientes con riesgo de padecer trastornos de la alimentación se catalogaron como casadas, mientras que solo el 22.6% (10) de las pacientes sin riesgo estaban en ésta condición ($p= 0.42$). Al comparar la ocupación de las pacientes contra el riesgo mediante el SCOFF se determinó que 100% (25) y el 99.6% (233) de las pacientes con riesgo y sin riesgo respectivamente, se encontraban desempleadas. El valor p obtenido mediante la prueba exacta de Fisher fue de $p=0.999$, los porcentajes y frecuencias restantes se encuentran en la tabla 9.

Finalmente, al comparar el riesgo mediante el SCOFF contra la satisfacción con la vida que percibían las pacientes, se obtuvo que las mujeres en la categoría de riesgo se encontraban muy satisfechas con su vida en el 56% (14) de los casos, mientras que, en las pacientes sin riesgo, en la misma categoría se encontraba el 76.9 (180) ($p= 0.002$).

Tabla. 10 Distribución de factores de riesgo para trastornos alimenticios en las pacientes con riesgo y sin riesgo según la herramienta SCOFF.

| | Pacientes con riesgo (SCOFF ≥ 2) | | Pacientes sin riesgo (SCOFF ≤ 1) | | valor p |
|--------------------|---|--------|---|--------|--------------|
| | n (25) | % | n (234) | % | |
| Escolaridad | | | | | 0.001 |
| Ninguna | 0 | 0.00% | 1 | 0.43% | |
| Primaria | 5 | 20.00% | 6 | 2.56% | |
| Secundaria | 9 | 36.00% | 158 | 67.52% | |
| Preparatoria | 11 | 44.00% | 65 | 27.78% | |

| | | | | | |
|---|----|---------|-----|---------|--------------|
| <i>Licenciatura</i> | 0 | 0.00% | 4 | 1.71% | |
| <i>Estado Civil</i> | | | | | 0.042 |
| <i>Soltera</i> | 1 | 4.00% | 24 | 10.26% | |
| <i>Casada</i> | 10 | 40.00% | 53 | 22.65% | |
| <i>Unión libre</i> | 13 | 52.00% | 156 | 66.67% | |
| <i>Divorciada</i> | 1 | 4.00% | 1 | 0.43% | |
| <i>Ocupación</i> | | | | | 0.999 |
| <i>Ama de casa</i> | 25 | 100.00% | 233 | 99.57% | |
| <i>Empleada</i> | 0 | 0.00% | 1 | 0.43% | |
| <i>Nivel socioeconómico</i> | | | | | 0.709 |
| <i>A/B</i> | 0 | 0.00% | 1 | 0.43% | |
| <i>C+</i> | 0 | 0.00% | 16 | 6.84% | |
| <i>C</i> | 2 | 8.00% | 29 | 12.39% | |
| <i>D+</i> | 22 | 88.00% | 174 | 74.36% | |
| <i>D</i> | 1 | 4.00% | 13 | 5.56% | |
| <i>E</i> | 0 | 0.00% | 1 | 0.43% | |
| <i>Historia familiar de trastorno alimenticio</i> | | | | | ND |
| <i>Si</i> | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | |
| <i>No</i> | 25 | 100.00% | 234 | 100.00% | |
| <i>Abuso sexual infantil</i> | | | | | ND |
| <i>Si</i> | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | |
| <i>No</i> | 25 | 100.00% | 234 | 100.00% | |
| <i>Satisfacción con la vida</i> | | | | | 0.002 |
| <i>No satisfecha</i> | 1 | 4.00% | 2 | 0.85% | |
| <i>Poco Satisfecha</i> | 1 | 4.00% | 0 | 0.00% | |
| <i>Satisfecha</i> | 9 | 36.00% | 52 | 22.22% | |
| <i>Muy Satisfecha</i> | 14 | 56.00% | 180 | 76.92% | |

DISCUSIÓN

El análisis de las características socio-demográficas de las pacientes evaluadas permitió identificar algunas condiciones propias de la comunidad del Hospital Universitario que pueden estar condicionando los resultados observados en las pacientes. Los resultados encontrados mostraron una proporción de 9.7% de pacientes (25) con riesgo de presentar desórdenes alimenticios según la encuesta

SCOFF, contrastando con lo descrito por Easter (2013) al mencionar una prevalencia de 23.4% y de lo encontrado por Sánchez-Armas (2012) en la población adolescente de una universidad mexicana con el 24.2% de mujeres adolescentes en riesgo, Sin embargo, los resultados son muy similares a lo descrito por el Gobierno Australiano (Government of South Australia, 2010) al señalar una proporción de 10% de las mujeres embarazadas con riesgo para desarrollar trastornos alimenticios. Los valores encontrados también son diferentes a los encontrados por Veses (2014) donde encontró valores de riesgo en poblaciones femeninas ($n = 2859$ y $n = 2116$) de 21.9% y 30.9% respectivamente. Las razones para las diferencias entre los resultados esperados y los encontrados pueden ser múltiples, desde la metodología utilizada para evaluar el riesgo hasta las diferencias de las poblaciones estudiadas (NEDC, 2010; Morgan, 2000; Sánchez-Armas, 2012; Veses, 2014). Una de las causas para estas diferencias podría ser la etapa del embarazo en la que se realizaron las evaluaciones, ya que como se señaló anteriormente, el embarazo puede incluso en algunos casos ser un factor protector que corrija malos hábitos alimenticios (Cardoso, 2012). Otro factor que pudo haber influido en los resultados encontrados es la edad de las pacientes, ya que la media de edad fue de 24.34 años \pm 6.46 y además el 87.3% (226) fueron mayores de 18 años, y de acuerdo con Cardoso (2012) los trastornos de la alimentación se producen en su mayor parte en la adolescencia o en la juventud. Estos resultados, si bien no tienen una magnitud tan amplia como lo señalado en la hipótesis del investigador, pueden demostrar que al menos en la población de influencia de nuestro hospital, la cual es reflejo de un sector amplio de la población del estado, la presencia de riesgo para desarrollar trastornos de la alimentación es similar a la encontrada por otros investigadores y afecta al menos a 1 de cada 10 mujeres embarazadas, lo cual puede considerarse al momento de establecer las evaluaciones de rutina para pacientes con este perfil, ya que el costo de realizar una búsqueda intencionada del riesgo para trastornos alimenticios es relativamente bajo, en relación con los beneficios que se pueden obtener al reducir las complicaciones en el

embarazo y obtener mejores resultados de salud en las mujeres que se detecten en riesgo alimenticio (Government of South Australia, 2010).

En cuanto a las características de las mujeres en riesgo, la mayoría de las pacientes se encontraban en su primera gesta, lo cual fue similar a lo encontrado en las pacientes sin riesgo, igualmente la mayor proporción de las pacientes tuvieron embarazos únicos y se encontraban en semanas de gestación similares, ello supone que no habría una relación directa entre ninguna de éstas variables y la presencia de trastornos de la alimentación. Otra situación importante a señalar es la ocupación de las pacientes, dado que la presión social y la exposición frente a públicos se considera también un factor de riesgo, el desempleo de las pacientes podría estar protegiéndolas de esa exigencia social (Government of South Australia, 2010).

En el caso de los antecedentes de riesgo evaluados, ninguna de las pacientes presentó historia familiar de trastornos alimenticios o abuso sexual en la infancia, ello puede obedecer a diferentes factores, uno importante puede ser el desconocimiento que hay en la población general sobre los trastornos mentales, dentro de los cuales pueden incluirse los trastornos de la alimentación, además que siempre está presente el sesgo de memoria al momento de los interrogatorios (Cardoso, 2012). En el caso del abuso sexual, además hay que considerar la posibilidad de que las pacientes decidieran intencionadamente negar este antecedente o que la anamnesis haya sido limitada. No se identificaron otros factores de historia familiar o personal que pudieran asociarse a la presencia de riesgo de trastorno alimenticio.

Los resultados de la evaluación del nivel socioeconómico situaron a la mayoría de las pacientes con riesgo en un nivel D+ (clase socioeconómica media baja) (88%), éste resultado está un nivel por arriba de lo esperado como mayoría en el país (AMAI, 2016), ya que el grupo D (clase socioeconómica baja) es el más prevalente ubicando al 31.8% de los hogares mexicanos en ese grupo. Este tipo de población vive en casas pequeñas y sus principales aspiraciones son conseguir bienes y servicios que hagan la vida más práctica y sencilla. Las similitudes entre los grupos respecto al nivel

socioeconómico sugieren que no hay una relación directa entre el nivel socioeconómico de las madres y la presencia de riesgo para trastornos alimenticios, sin embargo, puede corresponder a lo reportado por Cardoso (2012), ya que el mismo nivel socioeconómico puede estar evitando la presencia de otros factores de riesgo como miedo a perder control sobre la ingesta de comida, ejercicio compulsivo, participación en deportes con componente estético, exposición a los medios de comunicación, entre otros derivados de una sociedad más industrializada.

En el caso del nivel de escolaridad, los resultados son muy interesantes. El 44% (11) de las pacientes con riesgo se presentaba con una escolaridad de nivel preparatoria, el 36% (9) con nivel de secundaria y el 20% (5) con únicamente la primaria como nivel de escolaridad, y la edad de estas pacientes va de los 12 a los 18 años, es decir, la edad de la adolescencia. Estos resultados fueron significativamente diferentes ($p = 0.001$) a los encontrados en el grupo de las pacientes sin riesgo, específicamente al comparar la proporción de pacientes que alcanzaron la preparatoria, 44% en el grupo con riesgo y 27.8% en el grupo sin riesgo, esto puede obedecer a lo descrito en la literatura como factor de riesgo ya que podría representar una mayor presión social o familiar por mantener cierta imagen corporal, o bien se puede considerar que las pacientes con riesgo pueden estar sometidas a un nivel de exigencia escolar y responsabilidad mayor al que está presente en las pacientes del grupo sin riesgo. Estos resultados deberían orientar a prestar especial atención en las pacientes con mayor nivel de escolaridad, ante la mayor probabilidad de encontrar riesgo para trastornos alimenticios.

Al analizar los resultados del estado civil de las pacientes, también se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos, específicamente al momento de comparar la proporción de pacientes casadas (22.6% en el grupo sin riesgo y 40% en el grupo con riesgo $p=0.042$). Ello genera una discusión interesante, como se revisó en la literatura el embarazo puede generar una sensación de pérdida de control ante

los cambios físicos y emocionales que se presentan en la mujer (Knoph, 2011; Larsson y Andersson-Ellstrom, 2003), estos sentimientos pueden conjuntarse con sentimientos de no estar apta para la maternidad o de perder la atención del cónyuge, ésta condición puede estar determinada por la idiosincrasia mexicana que aún está arraigada en algunos sectores de la población en la que la mujer debe cumplir con ciertas expectativas y debe buscar la aceptación de la pareja como una obligación correspondiente a su género. Ello podría estar condicionando a las mujeres de nuestro entorno a buscar métodos para mantener una imagen corporal adecuada a las preferencias de sus parejas y por ello estar en riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación. Será importante para los médicos de primer contacto buscar intencionadamente patrones que indiquen que la mujer sufre algún tipo de presión de ese tipo por parte de su pareja para identificar a aquellas en riesgo.

Finalmente, al evaluar la satisfacción con la vida que presentaban las pacientes al momento de su consulta, en general, la mayoría de las pacientes refirió estar satisfecha y muy satisfecha con su vida, 36% y 56% respectivamente en el grupo de las pacientes con riesgo, sin embargo, hubo una diferencia significativa ($p= 0.002$) respecto al grupo sin riesgo, ya que las proporciones fueron de 22.2% con un grado de satisfecha y 76.9% con un grado de muy satisfecha con la vida, además que en el grupo de riesgo hubo una proporción de 4% de pacientes con un grado de poco satisfecha y otra igual con un grado de no satisfecha, mientras que en el grupo sin riesgo éstas proporciones fueron de 0% y 0.9% respectivamente. Estos resultados son consistentes con lo encontrado en la revisión bibliográfica (NEDC, 2010) ya que está claramente identificada la relación entre el grado de satisfacción con la vida y el riesgo y desarrollo de los trastornos de la alimentación, no obstante, este tipo de interrogatorio no forma parte rutinaria de las evaluaciones prenatales y preconcepcionales y deja un amplio margen para mejora en la forma como se abordan las pacientes embarazadas, tomando en cuenta además que la presentación de estos trastornos es difícil de identificar (Morgan, 2000, Hoek, Hoeken, 2003).

CONCLUSIONES

La prevalencia de riesgo para desarrollo de trastornos de la alimentación resultó no ser tan alta como en la hipótesis planteada, sin embargo, los resultados son similares a los reportados por otros investigadores. Existen factores de riesgo como el estado civil, la escolaridad y la satisfacción con la vida que demostraron tener una relación significativa con la presencia del riesgo para desarrollar trastornos de la alimentación.

La proporción de mujeres con riesgo puede considerarse significativa para justificar la anexión de su tamizaje a las evaluaciones rutinarias de control prenatal, especialmente tomando en cuenta la forma relativamente sencilla de identificar el riesgo y la disponibilidad de los recursos para hacerlo. Ello supone una estrategia de mejora en la práctica clínica del control prenatal y una forma de reducir potenciales complicaciones en instancias tardías del embarazo.

ANEXOS

I. Cuestionario SCOFF versión español.

CUESTIONARIO –SCOFF–

Población diana: Población general femenina. Es un cuestionario autoadministrado.

Instrucciones: Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor se ajusta a su situación

| | SI | NO |
|---|----|----|
| ¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo? | | |
| ¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come? | | |
| ¿Ha perdido recientemente más de 6Kgs en un periodo de tres meses? | | |
| ¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada? | | |
| ¿Diría que la comida domina su vida? | | |
| PUNTUACIÓN TOTAL | | |

Instrucciones para el profesional

Población diana: Población general femenina. Es un cuestionario autoadministrado de 5 ítems con respuestas dicotómica (SI - NO). Cada respuesta afirmativa es valorada con un punto. El punto de corte propuesto para el cribado en la población general es igual o superior a 2 puntos.

II. Clasificación AMAI Niveles Socio-económicos.

Tabla de Puntos Por Nivel



| NIVEL | PUNTOS |
|-------|-----------------|
| E | Hasta 60 |
| D | Entre 61 y 101 |
| D+ | Entre 102 y 156 |
| C | Entre 157 y 191 |
| C+ | Entre 192 y 241 |
| A/B | Entre 242 y más |

Modelo de puntos



A las 10 variables seleccionadas se les asignó puntos considerando el coeficiente de cada una de los valores en una regresión sobre el ingreso familiar.

| CANTIDAD | PUNTOS | | | |
|----------|------------|-----------|-------|-------------|
| | TV A COLOR | AUTOMÓVIL | BAÑOS | COMPUTADORA |
| No Tener | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 26 | 22 | 13 | 17 |
| 2 | 44 | 41 | 13 | 29 |
| 3 | 58 | 58 | 31 | 29 |
| 4 | 58 | 58 | 48 | 29 |

| CANTIDAD | PUNTOS | | |
|----------|------------------------------------|----------|--------|
| | PISO DIFERENTE DE TIERRA O CEMENTO | REGADERA | ESTUFA |
| No Tener | 0 | 0 | 0 |
| Tener | 11 | 10 | 20 |

| CUARTOS | |
|----------|--------|
| CANTIDAD | PUNTOS |
| 0 A 4 | 0 |
| 5 A 6 | 8 |
| 7 ó MÁS | 14 |

| FOCOS | |
|----------|--------|
| CANTIDAD | PUNTOS |
| 6 - 10 | 15 |
| 11 - 15 | 27 |
| 16 - 20 | 32 |
| 21 + | 46 |

| ESCOLARIDAD | |
|--|--------|
| NIVEL | PUNTOS |
| Sin Instrucción | 0 |
| Primaria o secundaria completa o incompleta | 22 |
| Carrera técnica preparatoria completa o incompleta | 38 |
| Licenciatura completa o incompleta | 52 |
| Postgrado | 72 |

El modelo presenta una **R cuadrada de 0.584**

III. Formato de detección de riesgo nutricional perinatal

| CRITERIOS DE DETECCIÓN DE POSIBLE RIESGO NUTRICIO (VALORACIÓN COMPLETA SI SE IDENTIFICA ALGUNO) | |
|--|--|
| CRITERIOS DE DETECCIÓN DE POSIBLE RIESGO NUTRICIO PREPARTO <ul style="list-style-type: none"> • Estado obstétrico (gestación múltiple, PIH, IUGR, diabetes, hiperemesis, anemia) • Trastorno crónico/general que afecta al estado o el consumo nutricional • Adolescencia (≤ 17) • Albúmina ≤ 2.5 • Falta de conocimiento respecto a dieta durante el embarazo • Cambio de peso inadecuado • Dieta terapéutica o limitada POSPARTO <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional en este embarazo • Albúmina ≤ 2.5 • Hg ≤ 8.0 <p>Madre en lactación que cumple con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 17 años de edad • Dieta terapéutica o limitada • Falta de conocimiento respecto a la dieta durante la lactación • Nacimiento múltiple con lactantes en sala de cuidados especiales | |
| VALORACIÓN COMPLETA (en caso de identificar algún factor de riesgo) | |
| SUBJETIVA | |
| Aumento de peso/aumento de peso esperado _____ Aspectos culturales/sociales _____ Nivel de actividad _____ ¿Planes para la lactación? (Si) (No) _____ Otros: _____ | |
| OBJETIVA | |
| Diagnóstico _____ Paridad _____ EGA/EDC _____ Antecedentes médicos/obstétricos _____ Edad _____ Estatura _____ Peso pregrávido _____ IMC/categoría _____ Peso actual _____ Medicamentos _____ Suplementos de vitaminas/minerales _____ Exploración física _____ Función gastrointestinal _____ Alergias/intolerancia a alimentos _____ Orden de la dieta _____ Estudios de laboratorio _____ | |
| VALORACIÓN | |
| Requerimientos energéticos estimados _____ Proteína _____ Otros _____ Adecuación del consumo/valoración del estado nutricional _____ _____ _____ _____ | |

Forma de detección/valoración de la nutrición perinatal. PIH, HPN inducida por el embarazo; IUGR, retardo en el crecimiento intrauterino; EGA, edad gestacional estimada; EDC, fecha de parto estimada; IMC, índice de masa corporal; GI, gastrointestinal (cortesía de Northside Hospital, Atlanta, Georgia).

» Figura 2-1. Formato de detección/valoración de nutrición perinatal.

IV. Cuestionario MICS 5.

| NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA | | LS |
|---|--|-------|
| LS1. Verifique WB2: ¿La edad de la entrevistada es de 15a 24 años? | | |
| <input type="checkbox"/> Edad de 25 a 49 ⇒ Vaya a WM11 <input type="checkbox"/> Edad de 15 a 24 ⇒ Continúe con LS2 | | |
| LS2. ME GUSTARÍA HACERLE AHORA ALGUNAS PREGUNTAS SENCILLAS SOBRE SU FELICIDAD Y SATISFACCIÓN. PRIMERO, CONSIDERANDO TODOS ASPECTOS DE SU VIDA, ¿DIRÍA USTED QUE ES MUY FELIZ O ALGO FELIZ, NI FELIZ NI INFELIZ, O UN POCO INFELIZ O MUY INFELIZ? TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA. <i>Muestre la cara 1 de la tarjeta de respuestas y explíqueme el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta seleccionado por la entrevistada.</i> | Muy feliz 1 Algo feliz 2 Ni feliz ni infeliz 3 Un poco infeliz 4 Muy infeliz 5 | |
| LS3. AHORA, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS. EN CADA CASO, HAY CINCO POSIBILIDADES: DÍGAME, PARA CADA PREGUNTA, SI USTED ESTÁ MUY SATISFECHA, ALGO SATISFECHA, NI SATISFECHA NI INSATISFECHA, UN POCO INSATISFECHA O MUY INSATISFECHA. TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA. <i>Muestre la cara 2 de la tarjeta de respuestas y explíqueme el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta indicado por la entrevistada para las preguntas LS3 a LS13.</i> ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ USTED CON SU VIDA FAMILIAR? | Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 | |
| LS4. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS AMISTADES? | Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 | |
| LS5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR actual/2013-2014 , ¿ASISTIÓ A LA ESCUELA EN ALGÚN MOMENTO? | Sí 1 No 2 | 2⇒LS7 |

| | | |
|---|--|--|
| LS6. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU ESCUELA? | Muy satisfecha1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5 | |
| LS7. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU EMPLEO ACTUAL? <i>Si responde que no tiene ningún empleo, circule "0" y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener empleo, a menos que se lo mencione ella misma.</i> | No tiene empleo0 Muy satisfecha1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5 | |
| LS8. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU SALUD? | Muy satisfecha1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5 | |
| LS9. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON EL LUGAR DONDE VIVE? <i>En caso de que sea necesario, explíquelo que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.</i> | Muy satisfecha1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5 | |
| LS10. ¿CUÁN SATISFECHA, EN GENERAL, ESTÁ CON CÓMO LE TRATA LA GENTE A SU ALREDEDOR? | Muy satisfecha1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5 | |
| LS11. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU APARIENCIA? | Muy satisfecha1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5 | |
| LS12. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU VIDA, EN GENERAL? | Muy satisfecha1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5 | |
| LS13. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS INGRESOS ACTUALES? <i>Si responde que no tiene ingresos, circule "0" y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener ingresos, a menos que se lo mencione ella misma.</i> | No tiene ingresos0 Muy satisfecha1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5 | |
| LS14. ¿COMPARADO CON ESTE MISMO MOMENTO DEL AÑO PASADO, ¿DIRÍA USTED QUE SU VIDA EN GENERAL HA MEJORADO, MANTENIDO MÁS O MENOS IGUAL O EMPEORADO? | Mejorado1 Mantenido más o menos igual2 Empeorado3 | |

| | | |
|--|--|--|
| LS15. ¿Y EN UN AÑO, CREE USTED QUE LA VIDA SERÁ MEJOR, MÁS O MENOS IGUAL O PEOR? | Mejor.....1 Más o menos igual2 Peor3 | |
|--|--|--|

BIBLIOGRAFÍA

- Abu-Saad K, Fraser D. Maternal nutrition and birth outcomes. *Epidemiologic Reviews*. 2010, 32:5-25
- AMAI (2016). <http://nse.amai.org/data/>
- Angélica Nunes, M., Poyastro Pinheiro, A., Feliciati Hoffmann, J., & Inês Schmidt, M. (2014). Eating disorders symptoms in pregnancy and postpartum: A prospective study in a disadvantaged population in Brazil. *International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 426–430. doi:10.1002/eat.22236
- Behar A, R., González A, J., Ariza P, M., & Aguirre S, A. (2008). Trastornos De La Conducta Alimentaria En Mujeres Embarazadas Controladas En Atención Primaria. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 73(3), 155–162.
- Black RE et al. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*.; S0140-6736(13).
- Cardoso, J., & Pires, A. P. (2012). Perturbações do Comportamento Alimentar na Gravidez: Uma Revisão. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 25(1), 139–146. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000100017>
- Christian P. (2010) Micronutrients, birth weight, and survival. *Annual Review of Nutrition*; 30:83-104.
- Coker, E. L., Mitchell-Wong, L. A., & Abraham, S. F. (2013). Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(12), 1407–1413. doi:10.1111/aogs.12256
- Dunker, K., Alvarenga, M., & Alves, V. (2009). Transtornos alimentares e gestação – Uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 60-68.
- Easter, A., Bye, A., Taborrelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2013). Recognising the symptoms: How common are eating disorders in pregnancy? *European Eating Disorders Review*, 21(4), 340–344. doi:10.1002/erv.2229
- Ferreira, V. R., & Gomes, D. L. (2015). Qualidade da dieta de gestantes em uma unidade básica de saúde em Belém do Pará : um estudo piloto Diet quality of pregnant women in a basic health unit in Belém , Pará : a pilot study, 8(2), 54–58.
- Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res* 2005;59:51-55.
- Garcia, F. D., Grigioni, S., Chelali, S., Meyrignac, G., Thibaut, F., & Dechelotte, P. (2010). Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 11(7), 888–93.

- Government of South Australia. (2010). Clinical guideline: South Australian Perinatal Practice Guidelines - Eating disorders and pregnancy CG133, 1–6. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Clinical+Guideline#0>
- Hoek, H., & Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Knoph Berg, C., Torgersen, L., Von Holle, A., Hamer, R. M., Bulik, C. M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). Factors associated with binge eating disorder in pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 124–133. doi:10.1002/eat.20797
- Kouba, S., Hälström, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 255-260.
- Larsson, G., & Andersson-Ellström, A. (2003). Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 116-124.
- Leddy, M. a, Jones, C., Morgan, M. a, & Schulkin, J. (2009). Eating disorders and obstetric-gynecologic care. *Journal of Women's Health* (2002), 18(9), 1395–1401. doi:10.1089/jwh.2008.1183
- Lucyk, J. D. M. (2008). Necessidades nutricionais e consumo alimentar na gestação : uma revisão Food consumption and nutritional needs of pregnancy : a revision, 19(4), 353–363.
- Lupattelli, A., Spigset, O., Torgersen, L., Zerwas, S., Hatle, M., Reichborn-Kjennerud, T., ... Nordeng, H. (2015). Medication use before, during, and after pregnancy among women with eating disorders: A study from the Norwegian mother and child cohort study. *PLoS ONE*, 10(7), 1–20. doi:10.1371/journal.pone.0133045
- Maihara, A., Piccolotto, G. B., Guerra, G. R., Santos, N. D. O., Cristina, M., Lucia, S. De, & Francisco, P. V. De. (2013). Transtorno Alimentar e Picacismo na Gestação : revisão de literatura, 11(2), 42–59.
- Micali, N. (2010). Management of eating disorders during pregnancy, 14(2), 24–26.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (2000). The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *The Western Journal of Medicine*, 172(3), 164–165. doi:10.1136/ewjm.172.3.164
- Morgan, J., Lacey, H., & Sedgwick, P. (1999). Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 174, 135-140.
- NEDC. (2010). TEST Eating Disorders Prevention, Treatment and Management: An Evidence Review. Retrieved from http://www.nedc.com.au/files/pdfs/NEDC_Evidence_Review_Final.pdf
- Pasternak, Y., Weintraub, A. Y., Shoham-Vardi, I., Sergienko, R., Guez, J., Wiznitzer, A., ... Sheiner, E. (2012). Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *Journal of Women's Health* (2002), 21(1), 61–5. doi:10.1089/jwh.2011.2907

- Sánchez-Armass, O., Drumond-Andrade, F. C., Wiley, A. R., Raffaelli, M., & Aradillas-García, C. (2012). Evaluation of the psychometric performance of the SCOFF questionnaire in a Mexican young adult sample. *Salud Publica de Mexico*, 54(4), 375–382.
- Solmi, F., Hatch, S. L., Hotopf, M., Treasure, J., & Micali, N. (2015). Validation of the SCOFF questionnaire for eating disorders in a multiethnic general population sample. *International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 312–316. doi:10.1002/eat.22373
- Veses, A. M., Gómez-Martínez, S., de Heredia, F. P., Esteban-Cornejo, I., Castillo, R., Esteche, S., ... Marcos, A. (2014). Cognition and the risk of eating disorders in Spanish adolescents: the AVENA and AFINOS studies. *European Journal of Pediatrics*, 174(2), 229–236.
- Ward, V. B. (2008). Eating disorders in pregnancy. *BMJ: British Medical Journal*, 336(7635), 93–96. doi:10.1136/bmj.39393.689595.BE
- Watson, H. J., Torgersen, L., Zerwas, S., Reichborn-kjennerud, T., Knoph, C., Stoltenberg, C., Ferguson, E. H. (2014). Eating disorders , pregnancy , and the postpartum period : Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa), 24(8), 51–62.

AUTOBIOGRAFIA

Soy Omar Alberto Hernandez Barboza, nacido el 6 de Julio de 1988, en la ciudad de Monterrey Nuevo León, el hijo menor del matrimonio de Adán Alberto Hernandez Contreras y Elizabeth Barboza Vázquez.

Acudí a la Primaria Club de Leones # 5 “Prof. Buenaventura Tijerina”, para posteriormente entrar a la Secundaria #10, “Profr. Moisés Sáenz Garza”

Me vuelvo parte de la UANL a la edad de 15 años, cuando entré a la Preparatoria #7 Oriente, donde al terminar, decidí continuar con mis estudios dentro de esta institución e iniciar mi vida en el ámbito de la salud

Cursé la carrera de medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, donde pertenecí a diferentes departamentos como instructor y becario, como lo fueron Microbiología, Toxicología, pertenecí a los grupos estudiantiles, de GECEN y CARDIOS en los últimos 3 años de la carrera.

En mi ultimo ano fui Consejero Alumno de la Facultad de Medicina y formé parte de la H. Comisión Legislativa en el H. Consejo Universitario,

Realice mi servicio social en el programa rotatorio dentro del Hospital Universitario.

Durante 4 años me Forme como especialista en Ginecología y Obstetricia en el Hospital Universitario. En donde tuve a mi maspreciado tesoro, mi hijo.

Ahora culmino este ciclo, para continuar adelante.